

Conde de Yoric Ca 2532

31-7 A = N 11.

450



1883



i 254 844 97
b 18484 657



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315394562

La Ovariotomía

su historia, indicaciones y procedimientos.



Discurso que para el grado
de Doctor en Medicina y Cirugía
presenta



José Conde y Rincón
Lic.^{do} en las mismas.

Excmo. Sr



La ciencia camina hoy a pasos tan gigantescos, que no es de extrañar que lo que ayer se juzgó propio solo del verdugo; que lo que ayer se juzgó como operacion de mano radical, que promia desde luego á las operadas á cubierto de toda recidiva, queriendo intinar con tan epigramatica frase que sus resultados eran siempre la muerte de las enfermas, se halle hoy sancionada por la practica de reputados cirujanos, algunos de los cuales ha llegado á hacer hasta mil de esas operaciones que años atras, en 1856, se decia que solo correspondia practicar al ejecutor

de la justicia: lamentable error que no se
comete en un siglo al que Santos Astele-
los se deben en todas las ciencias y en que
tanto ha progredido la cirugía en sus di-
versas manifestaciones! Que no se diga
manera de nosotros si de una manera
remota y decidida condenáramos hoy la
extirpación de la laringe, la nefrectomía,
la resección del estómago e intestinos, la
extirpación de la vesícula biliar y tantas
otras operaciones que vemos practicar
con acierto á cirujanos de gran repu-
tación y de alcances nada comunes.

Buena es, Sr. Sr., sin duda la nueva; con-
veniente y utilísima es la prudencia
tratándose de actos operatorios tan enun-
tos, pero hoy por hoy no es posible
negar la utilidad, ni menos ridiculizar

estas y otras grandes operaciones. Teniendo esto
en cuenta y prescindiendo por ahora de todas
aquellas operaciones cuya bondad está aun en
litigio, parare á ocuparme de una que se
halla ya hoy admitida en la ciencia, en la
cual ha adquirido carta de naturaleza: se-
fírense, como habreis comprendido á la Ova-
riotomía en cuya historia, indicaciones
y procedimientos voy á ocuparme, no sin
antes redamar indulgencia del muy ilustre
tribunal que ha de juzgarme, pues bien la
han menester por desgracia los mal trata-
dos reñobos que sometemos á su conside-
ración.

I.

La palabra Ovariectomía, se deriva del
griego y significa, sección del ovario, es decir,
extirpación de uno ó de ambos órganos

ovarios. Desde la mas remota antigüedad se practicaba esta operacion en los animales domesticos, con un objeto economico y aun en la edad media de las mujeres en los tiempos antiguos con un fin inhumano. Galeno refiere en su tratado de Semine que en el Este del Asia (en Capadocia) castraban á las muchachas para hacerlas engordar y dar á su carne un sabor mas delicado.

Plinio, Aristoteles, Athenus &c hablan tambien de la ovariectomia en algunos parages de sus obras; este ultimo dice que algunos Reyes de Lidia hacian castrar á las mujeres, ora para que les sirvieran en lugar de esclavos, ora (lo que parece mas probable) para que conservaran por mas tiempo los encantos de la juventud y no vinieran á robarlos en cierta manera de ver en

cuando el embarazo.

Dejando á un lado las observaciones apócrifas de épocas antiguas, llegaremos de un salto á los siglos XVII y XVIII. Vienn, Riolauf, Diemerbrack, Boerhaave, Graaf, Plater &c hablan ya de los ovarios, y proponen esta operacion como tratamiento de la linfomania. Hoy esta practica parece adoptada por ciertos pueblos antiguos. En una memoria leida en la Sociedad Antropologica de Berlin, se da cuenta de que los indigenas de la Australia y Nueva Zelandia, practican la ovariectomia á las jóvenes (no se dice á que edad) con objeto: 1.º de impedir la propagacion de las enfermedades hereditarias y de los vicios de conformacion; 2.º de conservar cierto numero de prostitutas esteriles que vivan fuera del trato de las demas mujeres con los hombres

Soltero.

Hasta ahora todos los autores se han limitado a proponer o apreciar la extracción de los ovarios sanos en mujeres en buen estado de salud. Hoy ya se extirpan cuando están afectos y en personas mas o menos debiles que llevan sufriendo algun tiempo, pero bueno es advertir que hasta los siglos XVII y XVIII no se propuso la ovariectomía como medio radical de curar las enfermedades de los ovarios. A principios del siglo XVIII, se hizo por primera vez esta operación que cayó en seguida en el mas completo olvido y solo hace cosa de 25 años que ha vuelto a ocupar el lugar que merece.

El Sr. Schorkoff dice que la extirpación de los ovarios afectados de hidropesía

podría traer la curación permanente, si la operación no fuese tan cruel y peligrosa.

El Sr. Schlenker pregunta si podría obtenerse una curación radical de los ovarios enfermos sin hacer la incisión del abdomen.

El Sr. Willius de Bali, publica una memoria en la cual se lee el siguiente párrafo. Sin embargo, cuando la hidropesía ha invadido todo el ovario; cuando el líquido es espeso y viscoso, no hay esperanza de curación y yo me pregunto si no se podría extirpar un ovario en estas condiciones y cortar el mal en su raíz. La experiencia nos enseña que grandes heridas abdominales han cicatrizado y es probable que no fuesen mas graves en el caso de intentar la extirpación de los ovarios. A pesar de estas ideas avan-

radas, no se atreve á practicar la ovari-
tomia á causa de la estension de la in-
cision necesaria para extraer tumores vo-
luminosos, de las adherencias probables de
ellos, de los dolores inevitables, de las hemo-
ragias, de la exposicion al aire de las
visceras abdominales y de sus fatales
consecuencias.

El Sr. Giovanni, Morgagni, Corzetti
recomienda la extirpacion de los ovarios, co-
mo ultimo recurso, cuando todos los de-
mas medios no han dado resultado.

Peyer, Scheden y Delaporte y Mon-
rois aconsejan tambien la extraccion de
los tumores ovariicos.

Los Sres. De Haen y Morgagni
eran opuestos á la operacion que Hunter
y Van Swieten: consideraban justificada

3/
en los casos extremos. Hunter despues de haber
establecido que la punzion era casi el unico
paliativo en el tratamiento de la hidropesia
de los ovarios, decia que porqu^e no habia la
mujer de soportar la castracion como los ani-
males: que el simple hecho de abrir el abdo-
men no era peligroso; y que ^{en} un sujeto sano,
una herida abdominal no ocasionaba nunca
la muerte.

Algunos años despues encontraba la
ovariotomia un defensor entusiasta en el Sr.
Chambon, quien decia que las adherencias,
no hacian imposible la ovariotomia y des-
pues de enumerar los casos en que laavia
indicada, anadia las siguientes palabras:
"Estoy convenido de que ha de llegar un
dia en que se considere esta operacion como
practicable en muchos mas casos de los que

yo he enumerado y en que se desvanecieron las objeciones hechas contra ella."

Aunque John Bell no practicó nunca la ovariectomía, pintaba con tan negros colores en sus lecciones el término fatal de los tumores ováricos, que el Dr. Mac. Dowell, su discípulo, participando del entusiasmo de su maestro, resolvió extirpar los ovarios, en la primera ocasión que se le presentase. En 1795, volvió este Sr. a Kentucky, principiando la práctica médica y después de catorce años fué a consultarle una mujer por una afección ovárica y en ella hizo la primera ovariectomía, cuyo éxito no pudo ser más feliz.

Nadie puede, pues, disputar a Mac. Dowell el haber sido el primero que

hizo esta operación.

Los detalles de esta primera ovariectomía, son bastante curiosos para que no pasen desapercibidos. La operación se hizo en Diciembre de 1809. El tumor sobresalía más por un lado que por otro y era bastante voluminoso para hacer creer en la existencia de un embarazo de algunos meses. La enferma experimentaba intensos dolores. La incisión se hizo un poco á la izquierda de la línea alba en el borde externo del músculo recto y tenía una longitud de veinte centímetros. La operación duró 25 minutos. A causa del volumen del tumor, hubo que puncionarle antes de extraerlo. El quiste pesaba cinco libras y media, y contenía 15 libras de una sustancia turbia de aspecto gelatinoso. Los bordes de la herida se reunieron por medio

de suturas entrecruzadas y de tiras aglutinantes. Al cabo de cinco días dice Mac-Dowell fue á verla y con gran sorpresa mía, la encontré en disposición de levantarse. Le di algunos consejos para en adelante, y 28 días después fui á su casa y la encontré en buena salud de la que continuó gozando después.

En 1808, un año antes de la primera operación de Mac-Dowell, había propuesto D'Eschur la extirpación del ovario enfermo, haciendo una incisión á lo largo del borde externo del músculo recto. Dicho Sr. rompía las adherencias con los dedos ó con el bisturí, si esto era necesario y escindía el tumor, después de haber ligado el pedículo. Los hilos de la ligadura eran conducidos á fuera

á través de los labios de la herida que se mantenían en contacto con ayuda de dos tapones á cada lado de un vendaje de cuerpo.

Porado mucho tiempo se ha considerado la operación de Mac-Dowell como la primera ovariectomía, pues la operación de l'Annonier de Rouen en 1776, que se ha mirado como una ovariectomía, y que Allee hacía figurar en un estadística publicada en 1861, como la primera operación de ovariectomía, no consistía en realidad mas que en una incisión abdominal mas abajo del arco crural hecha para abrir un absceso pulsiano, sobrevenido seis ó siete semanas después del parto. Parece que se separó de la de la bolsa del absceso las franjas del prebelon y avanzado el ovario sin ninguna necesidad y sin haber tenido la intención de practicar la ovariectomía.

Otro caso que se encuentra comprendido en las estadísticas de ovariectomía del Sr. Dixon, es el de un arrancamiento de quiste por una incisión abdominal en un joven de 12 años.

Atlee hace la relación de un caso por el cual reclama la prioridad de más de un siglo sobre el de Mac-Dowell, es la observación del Dr. Robert Houstoun publicada con este título: "Hidropea del ovario izquierdo en una mujer de 33 años de edad curada por una gran incisión abdominal". Parece después de esto, que la ovariectomía había tenido su origen en Inglaterra, pues que la operación, aunque no haya sido una extirpación completa del tumor, se había hecho con este objeto.

El Dr. Robert Houstoun hizo esta operación en Agosto de 1761 a una hembra de 36 años de edad, atacada de hidropea del ovario desde su último parto. Trece años antes, el tumor había alcanzado dimensiones enormes, la enferma estaba muy débil y era difícil su respiración, habiendo perdido además el apetito y el sueño.

Esta observación es bastante curiosa bajo distintos puntos de vista y merece que la esponjamos textualmente. "Habiéndome autorizado la enferma, con objeto de curarla para que la viera el vientre, y le quitara el tumor, hice sin pérdida de tiempo mis preparativos. Con una lanceta practiqué una incisión de cinco centímetros y como no salía más que un poco de serosidad amarilla, la prolongué otros cinco centímetros. Después de haber hecho una in-

ciion tan grande, no me quedé muy seguro, cayendo sobre una sustancia pegajosa parando todas las penas del mundo para separarla. Me serví entonces de la sonda y de los dedos, pero fui en vano; era tan rebatadina, que se escapaba cuando se tocaba. Me faltaba con todo lo que era necesario, así después de haber buscado, fabriqué un instrumento un poco grosero, pero que llenó perfectamente el objeto. Cogí una hoja fuerte de abeto que quise de lúlas en la extremidad con ayuda de la cual pude retirar la materia pegajosa que cubría una parte de casi dos metros de larga, por 2 centímetros de ancho. Quité en seguida más de 10 libras de dicha materia que contenía algunos fragmentos membranosos que

13)
parecian ser porciones del ovario hipertrofiado y algunos hidátides que uno era más grueso que una naranja. Quité todo lo que pude y cerré la herida con tres puntos casi equidistantes. La parte inferior de la herida, estuvo abierta con la ayuda de una pequeña sonda. Durante cuatro ó cinco días salió un poco de serosidad. La herida fue recubierta en toda su longitud por un cordón de lúlas impregnadas en un balsamo cauro, por encima del cual se colocaron algunas compresas mojadas en alcohol caliente y sobre estas algunas servilletas. Toda esta cura se mantuvo sostenida con un vendaje de cuerpo. La enferma pudo descansar toda la noche, lo que no había podido hacer después de tres meses; al cabo de tres semanas se pudo levantar para dedicarse á sus labores.

siguió bien hasta el mes de octubre de 1817 cuando murió después de 10 días de enfermedad."

Este caso aislado puede ser invocado por los cirujanos ingleses que pueden reivindicar el honor de haber hecho la primera ovariectomía; pero esto no quita nada al mérito incontestable de Mac-Dowell.

Desde 1809 hasta su muerte ocurrida en 1830, hizo tres veces esta operación. No se sabe a punto fijo de un hecho, pero sí que obtuvo otros éxitos. A los casos de Mac-Dowell se unieron los de otros cirujanos americanos. En 1822 Smith de Connecticut practicó una ovariectomía con éxito.

Habiéndose ocupado aunque

brevemente del origen y progreso de la ovariectomía en general, haremos ahora una rápida revista de las vicisitudes porque ha pasado en las diferentes naciones, empezando por Inglaterra que es la que siguió a América en su práctica y conduciendo por España.

El Sr. Livan de Edimburgo fue quien primero intentó la ovariectomía en Inglaterra. Dicho Sr. hizo dos operaciones en 1824 curando una enferma a las 56 horas y curando la otra. Después abrió otras dos veces el abdomen pero hubo error de diagnóstico y no terminó la operación; no obstante curaron las dos enfermas.

En Londres se practicó la primera vez por Braunville en 1827. Por entonces cayó en des crédito la operación hasta que el año 1836, el Dr. Keafferson, siguió los

consejos de Hunter, la resumió, haciendo una incisión pequeña en vez de la grande que antes se hacia. Dicho Sr. extrajo un quiste bilsocular a través de una abertura de cuatro centímetros de longitud; la enferma vivió todavía el año 1849 y después de la operación tuvo cuatro hijos en otros tantos partos.

En el mismo año 1836, extrajo King un quiste del ovario a través de una incisión de 7 milímetros de longitud. West también la practicó con éxito, no haciendo la incisión mas que de cinco centímetros.

En 1838 el Sr. Crisp de Haverston extrajo un quiste multibilocular a través de una incisión de 2 milímetros; la enferma vivió después 15

6
año.

En el mismo año, West, extrajo un quiste simple que contenia once libras de liquido, a través de una incisión corta y en otro caso no pudo acabar la operación por las adherencias.

El mismo año también el Sr. Morgagni, hizo la primera tentativa en el hospital, pero habiendo adherencias no pudo extraer el tumor y murió la enferma a las 24 horas.

En 1840 Benjamin Philipps hizo la primera operación completa practicada en Londres, pero no fue seguida de buen resultado. En 1842 el Dr. Blay de Manchester hizo cuatro operaciones, tres de ellas con éxito y en 1843 otras cuatro, dos con éxito.

En 1843 el Sr. Aston Key extirpó dos

ovario a una mujer en el hospital
su incision se extendia desde el cor-
tilago uniforme hasta el pueris: la
enferma murio a los cuatro dias.

El mismo año el Sr. Brown-
vy Cooper, opero otra mujer en el
mismo hospital haciendo una gran
incision y extrayend. un voluminoso
quiste multilocular; la operada mu-
rio tambien al octavo dia.

Segun se ve u practico la ova-
riostomia con algun éxito en Grecia
y otras provincias de Yugoslavia, pero
con sobrada desgracia en Londres.

En Noviembre de 1842 el Sr.
Walne tuvo la suerte de obtener la
primera curacion en Londres, seguida
de otras dos en Mayo y Setiembre de 1843

En el mismo año y en el siguiente
opero tres casos el Sr. Birt y dos el Sr.
Lairi. La primera enferma operada por
este profesor vivia aun en 1867 y habia
tenido siete hijos en este espacio de tiem-
po.

En 1843 y 44 Southam de Salford
y en 1845 Dickson Shrewsbury publicaron dos
casos en los cuales el resultado no pudo
ser mejor.

En 1846 el Sr. Bond, publico una
observacion con éxito.

El año 1846 merece especial men-
cion en la historia de la ovariostomia, pues
el Sr. Hankins hizo una operacion y dio
con este motivo una brillante leccion cli-
nica estableciendo las reglas científicas
que aun hoy deben tenerse presentes

para la ovariectomía.

En 1850 el Dr. Duffin inauguró una nueva época en la ovariectomía, haciendo ver el peligro que había en dejar infir a la extremidad del pedículo la descomposición en la cavidad peritoneal e insistiendo en la importancia de mantenerle en el exterior.

Spencer-Wells asistió por primera vez el año 1866 a una ovariectomía hecha por Brown; trataba de un quiste dermoideo que presentaba adherencias las cuales hicieron la operación larga y penosa; murió la enferma nueve días después a causa de la septicemia. De tal modo le impresionó

a Brown este desgraciado suceso, que durante cuatro años no hizo otra, diciendo que era impracticable y que no se podía impedir la peritonitis.

En 1866, a la vuelta de bruma de Spencer-Wells, se encargó de nuevo de la consulta externa de Orchardstreet, en cuya consulta hizo la primera ovariectomía en Diciembre de 1867; en Febrero de 1868 practicó la segunda; en Noviembre del mismo año hizo la tercera, todas con éxito feliz. Quanto no se hubiesen retratado los progresos de la ovariectomía a haber fallecido estas enfermas? La ementa que operó murió sin saber de qué. Siguió no obstante operando, prometiéndose de los hechos observados tanto en la autopsia como en los animales, buenos resultados, pero los sucesos no confirmaron sus esperanzas, pues perdió

el año 1859, cinco enfermas de once operadas.

En los años siguientes llegó a reunir cinco catorce operaciones y en 1864 publicó un primer trabajo, relacionando sus observaciones y con algunos comentarios que la experiencia le había hecho adquirir.

El desconocimiento de los antiépticos, hizo retardar bastante la adopción de la operación; pero con la introducción del éter y del cloroformo y el estudio de sus detalles y accidentes la hizo adelantarse.

Durante los siete años que siguieron hizo Spencer Wells, 600 ovariectomías, y en el otoño de 1872, publicó un segundo de trabajo sobre las enfermedades del ovario, haciendo con lo que de nuevo había aprendido un resumen general

entre el cual se ven algunas notas importantes como las siguientes: Ya entonces empleó los anestesicos, prefiriendo el metileno, pues evitaba el peligro de los otros. La operación se hacia rutinaria y se sucedian los cientos a los cientos, disminuyendo la mortalidad. Se hicieron instrumentos nuevos y se modificaron así como el manual operatorio y enva, pero sin separarse de la buena via. Los Drs. Bantock y Thornton asistieron a sus operaciones y empezaron las suyas en 1875 y 1876, siguiendo sus practicas y principios.

Cuando apareció en 1877 el método de Lister, se preguntó si seria aplicable a la ovariectomia. En esta época su mortalidad en el hospital no pasaba de nueve por ciento, por esto dudaba si adoptar este método; pero el Sr. Thornton ferviente

partidario de Lister, lo introdujo, así como en las curas en el hospital.

Algunas otras modificaciones como el tratamiento alcoholico del Dr. Bantok y la aparicion de la refrigeracion a la cabera del Sr. Thornton, habia cambiado poco la rutina de sus salas.

Después de un servicio de veinte años, comprando Spencer-Wells que debia retirarse y dejar la plaza a los jóvenes y lo hizo así presentando la dimision a fin de 1877, conservando a petición del comité el título de cirujano honorario. Hizo la última ovariectomia como cirujano del hospital el 12 de Diciembre y

8
He aquí el cuadro de mis ovariectomias durante esos veinte años.

<u>Años</u>	<u>Casos</u>	<u>Curaciones</u>	<u>Fuertes</u>
1858	3	3	"
1859	6	4	2
1860	2	1	1
1861	6	3	3
1862	13	10	3
1863	16	11	5
1864	14	11	3
1865	17	13	4
1866	15	10	5
1867	21	17	4
1868	32	26	7
1869	21	14	7
1870	24	17	7
1871	26	18	8
1872	30	23	7
1873	34	26	9
1874	29	20	9
1875	28	20	8
1876	42	38	4
1877	29	26	3
Total	408	309	99

Los años 1878 a 1881 son memorables para Spencer Wells por dos razones; porque completan una serie de mil operaciones hechas y porque ha empleado el método antiseptico, adoptado por todos, para jugarle de cerca, no por su valor científico, sino de utilidad por la erradicación de Lister en la cirugía abdominal.

En su práctica privada empezó con el 833 caso y en el mes de junio de 1880, tenía una cifra de mil casos.

En el cuadro siguiente he reunido un día series de 100 casos, así como otros hechos que tienen interés estadístico.

Operaciones de 1858 a 1880.

Núm:	Datos	Operaciones	Muertes	Casos
1	De Feb: 1858 a Junio 1864	66	34	100
2	" Junio 1864 " Marzo 1867	72	28	100
3	" Marzo 1867 " Enero 1869	77	23	100
4	" Enero 1869 " Diciembre 1870	78	22	100
5	" Diciembre 1870 " Junio 1872	80	20	100
6	" Junio 1872 " Enero 1874	71	29	100
7	" Enero 1874 " Abril 1875	76	24	100
8	" Abril 1875 " Octubre 1876	76	24	100
9	" Octubre 1876 " Junio 1878	83	17	100
10	" Junio 1878 " Junio 1880	89	11	100
Totales		768	232	1000

Mortalidad general 23.2 por 100
 " maximum 34 "
 " minimum 11 "

Numero de años 22 y 6 meses.

Después de 1877, hizo en su clientela privada 173 ovariotomías, con 16 muertes, que dan 9.2 por 100, que es como la obtenida en un último año de práctica hospitalaria.

Antes de la adopcion del metodo de Lister, hacia por evitar toda infeccion contagiosa, antes y despues de la operacion, poniendolas al abrigo de la fiebre transmatica y de la infeccion puerperal; sostenia que no debian parir en la casa las operaciones tocologicas en la misma habitacion y por el mismo empujé, asi como en las salas donde hubiere enfermas de cancer uterino y otros males con gérmenes infecciosos.

El Cuadro siguiente da una idea de la influencia del metodo antiséptico en la practica, aunque al mismo tiempo hace ver como el problema es complejo y como tiene todavia algunas dudas que conviene eliminar

Gráfico de los casos de ovariectomía, indicando la mortalidad, antes y despues del uso de los antisépticos.

		casos	Muertes	Mortalidad por 100
Hospital	1876-77	71	7	9.8
Clínica privada	1876-77	81	22	27.1
Hospital y clínica reunidos	1876-77	152	29	18.4
165 casos de mi practica privada de Diciembre 1873 a 1877		165	42	25.4
165 casos de mi practica privada. Bul. 1878 a Dic. 1881		65	16	9.6

3

Si los primeros y los últimos números estuvieran solos, resolverian casi la cuestion por la negativa. La serie de 165 casos, tratados antisépticamente, no es mejor que la de 111 casos del hospital, tratados a la antigua, digámoslo así. El conjunto enseña que la ovariectomía puede hacerse con buen éxito lo propio de una manera que de otra. Comparando

lo ocurrido en la clientela privada del Sr. Spencer Wells, los dos últimos años, con lo ocurrido en la práctica hospitalaria, el resultado es sorprendente, pues de 81 operaciones solo ha tenido 22 defunciones, es decir una mortalidad de 27.1 por 100, lo cual da la proporción de 17 por 100 en favor de los antiépticos. Sin embargo, reunidos los casos de su práctica hospitalaria y privada durante estos dos años dan una proporción de poco menos del 9 por 100. Comparando los 165 casos antiépticos con los 165 tratados por los antiépticos, resulta en favor de estos una ventaja de 15 por 100, pero hay que tener en cuenta también que las operadas de la práctica particular, tienen una proporción distinta de las del hospital

En la historia de la ovariectomía en Inglaterra, hay que hacer constar que el Dr. Keit, ha hecho 381 operaciones, curando 340 enfermas, lo cual da una proporción del 10.76 por 100, advirtiéndose que la mortalidad ha ido disminuyendo poco a poco hasta el punto que de los 140 casos últimos ha obtenido 135 curaciones, lo cual representa tan solo una mortalidad del 3.75 por 100.

De Inglaterra pasó la ovariectomía a Alemania. En los años de 1819-20 Brynner y Drondey en 1820, la practicaron y su resultado fue caer en el más completo descrédito esta operación. En 1826 la hizo Dieffenbach, después de haberla estado combatiendo mucho tiempo. Martini, Ritter y otros siguieron su ejemplo, pero con tan poco éxito que de 1826 a 1850, no obtuvieron más que tres

curaciones de veinte operadas. Langenbeck, Liebold, Scamoni y otros, hacian cuanto podian, pero nada consigieron, y durante muchos años se dejó de practicar.

En 1866 el trabajo de Spencer Wells sobre enfermedades del ovario, se tradujo al alemán. Ausbaum hizo un viaje a Inglaterra y á su vuelta fué quien practicó mayor número de ovariectomías en Alemania. En el trabajo del Sr. Bremer publicado en 1870 con el título de la ovariectomía en Alemania, dice que hasta fines de 1879, se habían hecho 129 operaciones, de las cuales 7 no se concluyeron, en 10 hubo error de diagnóstico y de las completas se obtuvieron 62 curaciones y 67 muertes.

Hasta principios del año 1877, había

10
reunido Oberrhein, 613 casos operados por alemanes, en los que obtuvieron 363 curaciones, ó sea 59 por 100; después de adoptado el método antiséptico en Alemania, las curaciones son iguales á las obtenidas en los demás países.

El Sr. Schröder de Berlín, había hecho hasta el 31 de Octubre de 1881, 276 operaciones y tenido solo 39 muertes.

El Sr. Ausbaum desde el 26 de Febrero de 1861 al 31 de Octubre de 1881, llevaba hecho 332 ovariectomías, con 83 muertes, incluyendo en aquellas $1\frac{1}{2}$ casos de operación doble.

Bilohut había hecho hasta fines de Octubre de 1881, 222 ovariectomías y tenido 80 muertes ó sea un 36 por 100.

Siguiendo paso á paso la marcha de esta operación en los distintos países, tocamos ocuparnos ahora de su historia en Francia

que es la que ha seguido a Alemania en su practica.

En 1715 se manifestó en la Sociedad de Cirujia de Paris contraria a la ovariostomia y hablaron tambien vagamente de ella los Sres. Schlenker en 1722; Willis en 1731; Peyer en 1751 y Farquioni en 1752. Algo mas explicito fueron despues de la Borte y Moreau, pero sin atreverse a hacer la operacion a causa de las dificultades que ofrecia. En 1776, segun unos o en 1781, segun otros, practico el Sr. Lemonnier de Rouen con feliz resultado esta operacion, si bien a lo que parece, de un modo casual al abrir un absceso pelviano. A pesar de que el Sr. Chamberon estableció luego las indicaciones y contraindicaciones de la

ovariostomia, fue sin embargo esta progresando muy lentamente por oponerse una resistencia tenaz, lo cual no tiene nada de particular cuando un hombre como Velpeau se expresaba de la siguiente manera en la Gaceta de los hospitales, año 1847. "Lo debe admitirse, decia, la ovariostomia, porque es una locura, a pesar de lo que dicen en contrario los periodicos extranjeros, tanto americanos como ingleses. En 1856 fue reprobada por la Academia de Medicina de Paris, en cuyo seno llegó a decir un cirujano que esta operacion debia estar comprendida entre las atribuciones del verdugo. Malgaigne decia en 4 de Oct.^o del mismo año, que la ovariostomia era una operacion demasiado radical y que ponía desde luego a las operadas a cubierto de toda recidiva. Moreau decia con

aparicionamiento que debia ser clasificada entre las atribuciones del ejecutor de los altos dignos, y asi necesariamente, sin considerarla siquiera como operacion quirurgica. Unicamente Barcaux enemigo en epocas anteriores, era el unico que la admitia y decia que antes de prohibirla era necesario examinarla.

Mucho costó el que llegara á generalizarse en Francia la ovariotomía, siendo el Sr. Bonet el unico que despues de esto se atrevió en 1861 á hacerla, obteniendo un exito desgraciado.

En 1862 el Sr. Sclaton á su vuelta de Inglaterra, dió una conferencia sobre la ovariotomía en el hospital

de San Justo: cuyo conferencia marcó el renacimiento de esta operacion en Francia.

Koberlé de Strasburgo hizo su primera operacion en 1862, el mismo año en que la hizo Sclaton, pero antes del viaje de este á Inglaterra.

Hasta el viaje de Sclaton solo se habian hecho ocho ovariotomías por los Sres. Bach, Richard, Maisonneuve, Demarquay y otros. Despues de 1862 el ejemplo de Sclaton y la influencia de Boinet al mismo tiempo que los numerosos hechos Beau han contribuido á implantarla en Francia. Segun los datos remitidos por Eustaech, hasta principios de 1881, habia hecho Koberlé 320 operaciones y Beau hasta fines de octubre el mismo año, 306, obteniendo 245 curaciones. Veamos ahora lo sucedido en Belgica

breve que sea Spencer-Wells el primero que la practicó en Julio de 1865, en el hospital principal de Bruselas en una enferma del Dr. Devouvaix; la enferma murió a los ocho días, lo cual influyó mucho para retardar su adopción. El Dr. Botddant hizo la primera con éxito en 1871 y dos en 1872.

El Dr. Devouvaix, estuvo en Inglaterra en 1872 estudiando esta operación. Es casi imposible de hacer estadísticas exactas sobre las ovariotomías hechas en este país, por existir muchos casos inéditos. Solo la práctica personal del Dr. Botddant da cuenta del empleo de los antisépticos veintim casos con doce curaciones y nueve muertes; después veintiocho casos, con 28 curaciones y 2

muertes.

En Suiza se dice que la primera ovariotomía la practicó Spencer Wells en 1864. El Dr. Luke de Berna le siguió en 1866 y después más de treinta cirujanos y según los datos publicados por el Dr. Kocher, se han operado 231 casos y obtenido 117 curaciones.

El Dr. Skolderby es quien dio a conocer la operación tanto teórica como prácticamente en Stokholm. En 1867 publicó un buen trabajo un buen trabajo sobre el particular y en 1872, cuando hizo su segundo viaje a Inglaterra, llevaba ya hechas 28 operaciones, 24 con éxito.

De Dinamarca hay la siguiente estadística: 41 operaciones hechas por Starfelt y Starfelt; 30 con éxito y 11 muertes. 4 casos

antes de los antisépticos; de estas en dos ha sobrevenido la muerte.

Nicolayen da el cuadro siguiente de Noruega.

Lugar de la operacion	Total operaciones	Total muertes	Nombre de la cirujano	Observaciones
Christiana	56	22	Nicolayen	
	23	9	Vor	
	3	1	Kiær	
	3	1	Malthé	
	1	"	Hald	
	1	1	Klem	
	1	1	Hjort	
Bergen	1	"	Nicolayen	
	1	1	Kahrs	No se terminó
	2	"	Yøgt	
Molde	4	3	Höcgh	
Stavanger	1	1	Stang	No se terminó
Flekkeford	1	1	Nicolayen	No se terminó
Borsgrunn	2	1	Munk	
Holmestrand	1	1	Nicolayen	
Frederikshald	3	2	Brøll	
Total	104	45		

En Prusia la primera operacion se hizo en Charkoff por Bannettien en 1846 y la segunda en Heberingfort en 1849 por Haartman; los dos casos terminaron con la muerte. El primer éxito lo obtuvo el Sr. Krassonki en San Peterburgo en Diciembre de 1872 y después sus resultados han ido tan satisfactorios que en 1868 publicó 24 casos en los que obtuvo 13 curaciones.

La primera ovariectomía hecha con éxito en Italia lo fue por el Sr. Landi, de Pisa en 1868. La segunda por el Sr. Pernici de Lugoj en 1869. La tercera por Marsolo de Padua en Julio de 1871 y este Sr. da cuenta de los 16 con 3 curaciones y 13 muertes, pero insiste en los buenos éxitos de los ingleses. En los primeros cien casos, Pernici dice, que obtuvo 37 curaciones y 63 muertes, mientras en el segundo ciento, más al revés; 64 curaciones y 36 muertes,

mortalidad que disminuye en el tercer ciento,
de la India se sabe que desde
1860 ha practicado la ovariectomía con
éxito en Tangavur, un cirujano indige-
na.

En Australia la muerte de
Gray y de Martin, ha igualado a
la de un condiscípulo inglés. En la
Nueva Zelanda introdujo la ovariecto-
mía el Dr. Mac-Dowell. En el Cana-
dá se han practicado algunas operacio-
nes con éxito. En el Japon se ha hecho
una cuya historia se publicó en 1880.

En América no se puede
con exactitud decir su número, pues
Mac-Dowell vino a tener un núme-
ro de operadas próximamente igual
al de Spencer-Wells. Marion Sims,

Storer y otros, ostentan la reputación de
su país.

Allee y Bealce han publicado sus
trabajos en 1872, leídos con interés en Europa.
Los trabajos recientes de Thomas y de Em-
mest no dan idea exacta del número de
hechos, pero no se quedan atrás de Europa.
En un trabajo publicado por Agnew de
Pensylvania, se encuentra un cuadro de 513
casos de ovariectomía con 3651 curaciones y
1502 muertes: 29.13 por 100.

Entre estos había

	Casos	Curaciones	Muertes	Mortalidad por 100
Simplex	4669	3531	1438	28.44
Dobles	183	120	638	34.42
Durante el embarazo	21	17	4	19.05
Por veces en la misma enferma	15	12	3	20.

Pero este cuadro encierra los casos pertenecientes a la vez
a los cirujanos de Europa y América?

Aunque los autores extranjeros nada dicen de España no debe pasar para nosotros desapercibido, puesto que la ovariectomía ha adquirido también ya, en ella carta de naturalidad, según puede verse en la siguiente estadística que creemos sea bastante completa.

Ovariectomías hechas en España.

Núm.	Operadores	Operadas	Curadas	Muertas
1	D. Rubio	14	6	8
2	" Gomez Torres	1	1	"
3	" Manrique de Lara	1	"	1
4	" Gross	5	2	3
5	" Fernandez Sorada	1	1	"
6	" Revuelta	1	1	"
7	" Encinas	4	"	4
8	" Devaca	1	"	1
9	" Jimenez	1	1	"
10	" Pera	1	"	1
11	" Vidalolara	1	"	1
12	" Rodolfo Fernandez	1	"	1
13	" Navarro	1	1	"
14	" Bonet	1	"	1
15	" Cardenas	2	2	"
16	" Bastido de Pinero	1	1	"
17	" Garrison	1	"	1
18	" Kispert (1)	1	1	"
	Total	39	17	22

(1) El día 12 de el mes último, practicó otra el Sr. Kispert: la enferma seguía bien a la fecha en que escribimos esto.

Resulta que de 39 operadas, han fallecido 22 y curado 17, amén de algunas otras de que indudablemente no tendremos nosotros noticia. El primero que practicó la ovariectomía en España, fue el D. Rubio en Sevilla el año 1863 y la última operada, con buen éxito, por cierto, lo ha sido por el D. Gross en Madrid el día 7 de Enero del corriente año.

En Portugal también se han hecho algunas ovariectomías, cuyo número y resultado desconocemos.

Quisieramos ahora si sirvamos de la manera más breve y rápida que nos sea posible de las indicaciones y contraindicaciones de esta operación.

II.

1.º Indicaciones. Siempre que el quiste es simple, será preciso ensayar la punción que

se impone porque las enfermas rechazan constantemente la ovariectomía, antes de intentar aquella, mas la punción solo es aplicable á aquellos casos en que el quiste es simple y el contenido claro y no albuminoso, pero no aquellos en que el tumor es multilocular ó dermoideo y produce efectos locales y generales, porque en este caso la mujer se verá sometida á una detención enorme y molesta, mucho mas que en el embarazo, á consecuencia de la resistencia de las paredes abdominales á la distension; se alteran todas sus funciones y los suprimientos directos y simpáticos seran muy variados y contribuiran para la enferma un estado miserable que no podria soportar. En estos casos, pues, nuestro deber es, obligar á la enferma

á sufrir la operacion y explicarla claramente los motivos que deben hacer que consienta, siempre que no haya algunas de las contraindicaciones que indicaremos en seguida; al propio tiempo que se anuncia la operacion, se hará ver el peligro que hay en retardarla, pues aumentan los peligros que amenazan la vida y disminuyen las probabilidades de éxito de la operacion, á medida que el tiempo transcurre y tiende el tumor á degenerar. Su contenido cualquiera que sea el principio se altera, toma un caracter cada vez menos benigno, facil es suponer que si se espera demasiado tiempo, se desarrollará una accion morborosa simpática en el organo correspondiente y hará necesaria la ablacion de los dos ovarios en vez de uno solo. Ademas con el tiempo se forman adherencias que pueden determinar

la rotura del quiste ó una peritonitis mortal. Si se trata de tumores de largo período, podrá verificarse en torsion é inestabilidad muy probablemente de hemorragia y de la extenuacion de la enferma. Por último, si se ha propuesto la operacion y ha sido aceptada por la enferma, y por la familia, hay que asegurarse de que no hay ninguna de las contraindicaciones que luego enumeraremos.

En muchos casos se ha hecho la ovariectomia con completa esperanza de éxito, en otros las probabilidades en pró y en contra seran próximamente iguales y por último en algunos son tan pocas las probabilidades de éxito, que casi todas las enfermas á quienes se dice la verdad, prefieren vivir con un pepito, á exponer

voluntariamente su vida á un peligro inmediato.

Por regla general puede decirse que el resultado probable de la ovariectomia se apreciará de un modo mucho mas exacto por el estado general de la enferma, que por las dimensiones y el estado del tumor.

2.º Contraindicaciones. Por regla general toda enfermedad existente que deba terminar fatalmente para la enferma, ó modificar su constitucion de manera que sea muy poco probable su curacion, será un obstáculo á la ovariectomia.

Deberá renunciarse á ella, pues, en las mujeres afectas de cancer, de tuberculosis ó de escrofulismo avanzados, de sífilis, de enfermedades graves del corazon ó cuando este órgano ha sido dislocado por el tumor y fijado en una situacion anormal por adherencias que le mantienen allí, aun despues de extirpado el ovario;

afecciones del cerebro y de los centros nerviosos, del hígado, del bazo, de los riñones, úlcera del estómago y afecciones del aparato digestivo que dificulta la nutrición de un modo permanente; ascitis sintomática de una enfermedad del hígado, del corazón o de degeneración renal.

El escorbuto, la anemia y otras alteraciones de la sangre, la fiebre tífica, una gran debilidad y un enfraquecimiento extremos, procedente de una edad avanzada o de una nutrición alterada, si no impiden en absoluto la operación, al menos no permiten contar con un resultado favorable.

Por obtenerse de toda operación cuando el tumor se halla en un periodo avanzado de degeneración cancerosa, pero

como hay casos de curación después de haber extirpado lo que se había considerado como cancer, hay que tener seguridad completa de la naturaleza maligna del tumor para renunciar a la operación. Los tumores cancerosos contraen a menudo adherencias externas e internas, infiltran los tejidos que les rodean, invaden los órganos vecinos, con los cuales se aglomeran en un periodo avanzado de la degeneración y forman una masa confluyente. La mayor parte de las veces si se intenta extirparlos, se tropieza con dificultades insuperables y aun suponiendo que la operación pudiese acabarse y curar la enfermedad, no tardaría en reidivarse la enfermedad, generalmente el cancer de los ovarios va acompañado de ascitis y los dos ovarios están de ordinario atacados al mismo tiempo.

La existencia de la ascitis no será una

contraindicacion, siempre que sea debida a que el liquido se ha derramado fuera del quiste o se ha formado a consecuencia de la irritacion neoplasica del peritoneo, producida por la presencia del tumor, si es sintomatica de una enfermedad del higado, del corazon o de los riñones se opone casi siempre a la operacion.

Vamos a terminar este mal librado dicando, comprendiendo de los procedimientos mas generalmente empleados para practicar la ovariectomia.

III

La ovariectomia puede hacerse a traves de las paredes vaginales o a traves de las paredes abdominales.

Estudiaremos pues, sucesivamente las ovariectomias vaginal y abdominal.

N.º: Ovariectomia vaginal. Esta operacion la practico por vez primera Gaillard Thomas, en 1870. y despues la han practicado algunos otros cirujanos. Para ello se coloca la enferma en pronacion, apoyado el tronco en un colchon doblado, en caso de no disponer de la cama del Dr. Bareman para la operacion de la fistula vesico-vaginal. Una vez cloroformizada la enferma, se la introduce por el recto una sonda hasta seis o siete centimetros de profundidad, a fin de no herir este organo: despues con un especulum de Sims, se eleva el perineo y la pared posterior de la vagina: en seguida se coge con el tenaculo un pliegue vaginal en la mitad del espacio que separa al cuello uterino del recto; se tira de el hacia abajo y se escinde con unas largas tijeras curvas. Terminado este primer tiempo de la

operacion, se coloca la enferma en decubito
supino, se penetra con el dedo indice de
la mano izquierda por reincision y des-
pues de reconocer el tumor, se coge su pa-
red con un tenaculo y se punza con
un trocar delgado. Luego que se ha eva-
cuado el contenido, se procura extraer el
quite por la abertura vaginal?

Para proceder al tercer tiempo de
la operacion, coloca H. Thomas a la enfer-
ma en decubito lateral izquierdo y aplica
de nuevo el especulum de Sims. Hecho
esto atraviesa el pediculo del quite todo
lo cerca posible de la incision vaginal
con una aguja provista de un trocar
de seda doble a fin de poder comprimirlo
en dos ligaduras y concluir escindiendo
el tumor y cortando a la vez los cabos de seda?

Terminada la operacion, se limpia cuidadosamen-
te el fondo de saco de Douglas, se introduce el pedicu-
lo en la cavidad del vientre y se une la abertura
vaginal con puntos de sutura metalica. Se coloca
luego a la enferma en la cama y se la pres-
tan los cuidados que puedan rechazar los acci-
dentes que sobrevengan.

2.º = Ovariotomia abdominal. Antigua-
mente se hacia una gran incision desde el om-
bligo o mas arriba hasta el pubis y se extraia
el tumor sin hacer previamente la evacuacion.
La pequena incision, o sea el metodo mitó (es-
tirpacion con evacuacion) ha sido adoptado desde
Heafferson por la generalidad de los cirujanos,
haciendo una de tres a cuatro centimetros, coge
el quite, le puncionan para que tenga menos
volumen y le extraen. Lo mejor es hacer una
incision en la linea media equidistant. del?

ombiligo y pueris y de cuatro a cinco centímetros de longitud, pues en caso necesario hay luego tiempo de hacerla mas larga.

El Sr. Birkring ha aconsejado tambien, fundandose en la analogia de la ovariotomia con la castracion de las hembras de los animales, hacer una incision lateral, desde las costillas falsas, hasta los ileos, pero esto tiene el inconveniente de que la separacion mayor del pediculo, hace que sea mas dificil adherirle a la herida del abdomen, exponiendole a una estrangulacion intestinal interna.

Si hay que prolongar la incision mas arriba del ombiligo, se devia esta hacia la izquierda para evitar el ligamento suspensorio del higado; despues sobre la sonda acanalada, se corta el peritoneo

de dentro a fuera.

A veces aparece primero el quiste mayor, el cual hay que recharar hacia arriba. Una vez descubierta el quiste se introduce la mano para reconocer el tumor y romper las adherencias que haya, si es posible, mientras los ayudantes se encargan de impedir la salida de los intestinos.

En seguida se procede a la evacuacion del quiste, con cualquiera de los trocancos conocidos (Keberle, Spencer-Wells, Webster, Mathieu & C^o) procurando tener los bordes bien aplicados sobre la canula para que no se derrame el liquido en la cavidad abdominal.

Una vez vaciado el quiste, y aun a medida que se vacia, se hace con unas pinzas ligeras tracciones parairlo estrayendo; si es multilocular el quiste, se puncionan sus celillas

teniendo cuidado de cerrar su abertura para evitar que se derrame el liquido en el peritoneo. Si el liquido es muy denso y no sale por la canula, se hace una incision.

En el procedimiento de Monteggia se aconseja antes de la puncion, pasar un hilo á traves de las paredes del quiste á fin de extraerlo sin dificultad.

Una vez vaciado el quiste se procede á su extraccion; se sujeta y se trae hacia fuera un ayudante y entonces se constriñe el pediculo con una fuerte ligadura si es estrecho y se le atraviesa con una aguja enbrada con hilo doble para luego separadamente cada mitad. Se corta en segunda mano de los cabos de cada ligadura y se conduce el otro al exterior. Finalmente se estirpa con el bisturi toda la masa

del tumor á dos centimetros de la ligadura á fin de que la parte restante impida el deslucamiento de esta. Hay que tener en cuenta que no todos los cirujanos adoptan el mismo modo en el tratamiento del pediculo, pues unas veces, este es largo y estrecho y se le puede llevar al exterior, pero si es corto y grueso y ancho y con una implantacion íntima por la que puede estar unido á otros organos de la pelvis, se le ligan en dos ó mas porciones, separando los tejidos en el intervalo de los vasos para sujetarlos con dicho tumor. De aqui nacen los dos medios principales de tratamiento del pediculo; el extraperitoneal y el intraperitoneal (pediculo perdido).

El cirujano deberia escoger el mejor para cada caso, pues no todos son aplicables en las mismas circunstancias.

Extraído el tumor, se reconoce el pedículo
al cual está constituido por la porción del
ligamento ancho que se adhiere al ovario
por la extremidad externa de la trompa
y por un número variable de vasos.

Si fuese tan corto que no pudiera fijarse
al exterior, previas ciertas precauciones que
luego diremos, se abandona en la cavidad
abdominal, pero siempre debe procurarse
que sin fuertes estiramientos sea conducido
al exterior por los peligros que trae el pro-
ceder llamado por algunos pedículo perdido.

Método intraperitoneal. Pedículo
perdido. Cuando nos vemos obliga-
dos a recurrir a él, a pesar de ser el
más peligroso, (por más que digan algu-
nos) es necesario adoptar ciertas precau-
ciones para evitar una hemorragia interna.

Spencer-Nelli. en estos casos, coge el pedículo con
una fuerte pinta-forcipe y a través de hojas de
las cucharas, pasa un fuerte torzal con el cual
hace la ligadura. Koberli en estos casos hace la
contricción por medio del aprieta-mudo de brasse
que deja por algún tiempo introducido en la cavi-
dad de vientre. Otros prefieren la sección con el
terno-cauterio, el cuchillo galvano-cautero o el capo-
cautero, en cuyo caso se corre el riesgo de una
hemorragia consecutiva. El Dr. Retzel de Stokholmo
es nuestro partidario del método intraperitoneal, a
condición que la ligadura se haga con hilos de
seda y de un modo conveniente. Tienen todos
estos procedimientos del método intraperitoneal, ca-
racteres inconvenientes, tales como los riesgos de una
hemorragia interna por despreñamiento de la
ligadura o elmanación de la escara; además
los hilos empleados y la escara obran como

corpore extraño, provocan una pelvicalculitis que puede hacer peligrar el éxito de la operación. Además Spencer-Wells y Pross han observado que en la época menstrual suele sangrar el pedículo y alojado este en el vientre, da lugar a hematomas periódicos supuraciones y otros accidentes.

Método extraperitoneal. Consiste en la fijación del pedículo en la parte inferior de la herida. Tiene la ventaja de que vigilamos la superficie del tumor, sobre la cual pueden aplicarse los tópicos oportunos y que la sangre, al salir, se derrama al exterior. Los medios de asegurar el tumor fuera de la cavidad son: los clamps, inventados por Hutchinson y que han sufrido multitud de modificaciones. Los mejores son los de

Kaberle y Wells, comprimiendo este último con una uniformidad.

Algunos prefieren aplicar sobre el pedículo, a conveniente distancia, una ligadura y atravesarlo después con dos fuertes y largas agujas, pasadas en cruz, cuyas extremidades descansan sobre compresas aplicadas en la pared abdominal: este método tiene la ventaja de evitar que gangrenado el tumor, en el punto comprimido por el clamp, se desprenda al cabo de algunos días y caiga en el abdomen. Ligado completamente el pedículo, se hace la resección del tumor ya por medio del bisturí ya con el estrangulador de Brassaignac, o con el cuchillo térmico o galvano-cáustico; luego se reconoce con cuidado el ovario opuesto y se extrae también si se encuentra en él alguna lesión. Cuando

falta completamente el pedículo, como
suele suceder en ciertos tumores sólidos
y mixtos, propone H. Thomas que se
introduzca la mano, se busque el sitio
de implantación del neoplasma y se ha-
ga la enucleación: el conijo de Hailband
puede aceptarse para ciertos casos des-
perados, si bien en ellos tal vez sería pre-
ferible, tratándose de un quiste, excusarlo,
extirpar de él la parte posible, fijar el bor-
de del quiste en la parte inferior de la
herida y esperar su desaparición por el
proceso inspiratorio.

En los ovariotomías se hallan
conformes en conceder capital importancia
a el tiempo de la operación que tiene
por objeto, la limpieza de la cavidad
abdominal. Grand siempre caso

13
de la sangre, se procede a limpiar los inter-
stios sobre todo la cavidad pelviana de 1.º
orden. sangre 2.º pues el menor descuido en
esta toilette puede traer consecuencias gravísimas
entre ellas la peritonitis y la septicemia. Las
esponjas que para este objeto se emplean de-
ben estar fenicadas, Koberle, prefiere a las espon-
jas grandes compresas con las cuales se cae con
mayor rapidez. Si se ha derramado gran
cantidad de serosidad o sangre en el peritoneo,
conviene inclinar un poco la enferma sobre el
lado operado, para vaciar el líquido.

Hecho la limpieza de la cavidad abdo-
minal se procede a la sutura de la herida.
Generalmente se hace una sutura profunda
y otra superficial; para la primera la de
puntos separados hecha por lo común con
hilos metálicos, la sutura enclavada 2.º

y para la segunda la sutura ensoñada.
Spencer Wells hace la sutura profunda con hilo ordinario fuerte, cada asa es introducida por un dor extremo por el ojo de una aguja, cada aguja, atraviesa la pared abdominal desde la cara peritoneal a la cutánea. Después se aprietan con fuerza los cabos y arredados sobre la línea media, aproxima la herida de arriba a bajo, hasta cerca del Champ. confrontando así las caras peritoneales de los labios de la herida, se puede esperar una unión más rápida. Keberli no quiere compender el peritoneo en la sutura, por temor de que los abscesos que se forman con frecuencia en el trayecto de los hilos, se abran en el peritoneo; emplea la sutura enclavada, cuando

prevea que se ha de formar un derrame líquido deja un tubo de cristal en la parte inferior para poder introducir una aguja y dar salida a los líquidos. Algunos cirujanos cauterizan con el hierro candente, la superficie de sección del pedículo, sostenido por el Champ. Para prevenir la putrefacción de la parte exterior del pedículo, la cubre Keberli con pedimento de hierro. Los cirujanos ingleses recomiendan hacer aplicaciones calientes al abdomen de la operada. Finalmente. tras a los siete días se quitan las suturas.

He terminado. Excmo. Sr. este
demorado largo y sobradamente imperfecto discurso, todo el cual puede resumirse en las siguientes conclusiones.

I.

1.^a La primera ovariectomía que con arreglo a riguroso método científico se practicó en el mundo, lo fue por Mac-Dowell de Kentucky en Diciembre de 1809; la enferma vivió hasta el 3.^o de Mayo de 1811. No es pues, posible negar la primacía al médico americano por mas que pretendan atribuirlo los franceses a

L'Annuaire de Rouen (año 1776) y los ingleses a Roberto Hunter (año 1701)

2.^a = El primero que hizo la ovariectomía en Inglaterra, fue el Sr. Siran de Edimburgo (año 1825)

3.^a = Los primeros que la hicieron en Alemania, fueron los Sres. Chrigman y Deondi (año 1819-20).

4.^a = El primero que la hizo en Jvania

19
fue el Sr. Boind (año 1861) y luego Kaborle de Straburgo (año 1862) y Velaton (año 1862).

5.^a = El primero que la practicó en Bélgica fue el doctor ovariectomista Spener-Wells (año 1865).

6.^a = El primero que la hizo en Suiza fue también el Sr. Spener-Wells (año 1864)

7.^a = El primero que la hizo en Italia, fue el Sr. Landi de Gira (año 1868).

8.^a = Finalmente el primero que la hizo en España fue el Sr. Oubis (D. Federico) (año 1863)

II.

1.^a La principal indicación en nuestro concepto a parte de las que se refieren a las indicaciones de la enferma y del tumor, es la de operar a tiempo, no como suele usarse, en el último trance, cuando es casi completamente

imposible que di' bueno resultado la operacion.

2.^a = Las contraindicaciones de la ovariectomia, resultan de estado general de la enferma, de las condiciones locales de órganos degenerados, de la edad y de otras circunstancias particulares.

III.

1.^a = El mejor procedimiento para efectuar la ovariectomia, es el que emplea el Sr. Spencer-Wells y que siguen de ordinario los mas célebres cirujanos de todos los paises.

2.^a = La cura de Lister se halla indicada en esta operacion químicamente en ningunas otra y no debe por tanto prescindirse de ella.

Valer ion. Excmo. Sr.

de una manera breve y concisa, las condiciones que hoy pueden establecerse acerca de esta operacion tan temida no há mucho tiempo y que tantas y tantas vidas há salvado en lo que va de siglo.

¡Quiera el cielo que así como la ovariectomia ha tomado carta de naturaleza en la terapéutica quirúrgica y sido un triunfo de la cirugía moderna, lleguen á serlo también andando el tiempo otras grandes operaciones que hoy comienzan á practicar en el extranjero cirujanos de gran valer y de alientos superiores! Me despido.

Madrid 26 de Abril de 1883

José Coude Pinero

